

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

В. Ю. Васильев¹, И. А. Пушкаренко²

¹ НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского РАМН, Москва,

² Кафедра педагогики и психологии МГМСУ

Causes of Burnout in Anesthesiologists-Reanimatologists

V. Yu. Vasilyev¹, I. A. Pushkarenko²

¹ V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Russian Academy of Medical Sciences;

² Department of Pedagogy and Psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry

В обзоре литературы рассматриваются исторические аспекты и современное состояние проблемы эмоционального выгорания у анестезиологов-реаниматологов и факторы, которые приводят к его развитию. Эмоциональное выгорание характеризуется эмоциональным, умственным и физическим истощением, возникающим из-за продолжительной эмоциональной нагрузки, поэтапно, в соответствии с механизмом развития стресса.

The review of literature considers the historical aspects and state-of-the-art of burnout in anesthesiologists-reanimatologists and the factors leading to its development. Burnout is a state of emotional, mental, and physical exhaustion caused by prolonged stress in a stepwise manner through the mechanism for development of stress. **Key words:** burnout, anesthesiologists-reanimatologists.

На Европейской конференции ВОЗ 2005 года отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3–4% валового национального дохода. Специальные исследования, проведенные ВОЗ, посвященные проблеме психической дезадаптации субъектов социологических видов деятельности, позволили выделить синдром психического выгорания.

Эмоция (от лат. *emoveo* — потрясаю, волную) — психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта.

Еще в XVII веке голландский врач Ван Туль-Пас ввел эмблему горящей свечи и девиз: «Светя другим, сгораю сам», как символ высокого и самоотверженного служения врача другим людям. С тех пор и феномен «свечения другим», и проблеме «сгорания» врачей глубоко исследовала художественная литература (можно вспомнить произведения Оноре де Бальзака, А. П. Чехова, Ю. Германа).

Как заметил М. Burisch (1994), «тот, кто выгорает, когда то должен был загореться» [1]. В случае несоответствия между собственным вкладом и полученным или ожидаемым вознаграждением появляются первые симптомы выгорания.

Эмоциональное выгорание — это сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение, возникающее из-за продолжительной эмоциональной нагрузки [2–4]. Является динамическим процессом и возникает поэтапно в полном соответствии с механизмом развития стресса. Соответственно каж-

дому этапу возникают отдельные признаки или симптомы нарастающего эмоционального выгорания.

Психологическая наука вплотную занялась этой проблемой в последней трети XX века.

Первые работы по этой проблеме появились в США. Термин «эмоциональное выгорание» впервые введен в клиническую практику американским психиатром Дж. Фрейденбергером в 1974 году для описания крайней усталости и подавленности у медицинского персонала. Включает три компонента: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личностных достижений [5, 6].

Социальные психологи К. Маслач (1982) и С. Е. Джексон (1986) определили это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе. Утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам [7, 8].

Феномен «выгорания» проявляется в неудовлетворенности качеством жизни и в душевном неблагополучии (дискомфорте), часто связан с физическими недомоганиями.

Первым из отечественных ученых, кто занимался психическими состояниями, был Н. Д. Левитов, 1964 [9].

В популяции в настоящее время чрезвычайно большая распространенность психоэмоциональных расстройств — не менее 20% [10–12].

Профессия медицинских работников относится к числу помогающих, а в настоящее время отмечается неуклонное увеличение числа «выгорающих» специалистов помогающих профессий [4]. Медицинская сфера деятельности человека всегда сопряжена с риском, поскольку предусматривает вмешательство в организм человека при отсутствии гарантий успешности конечного результата.

Одной из самых ответственных, напряженных и психологически трудных медицинских специальностей является профессия анестезиолога-реаниматолога, поскольку они работают в критических ситуациях и ежедневно участвуют в действиях медицинского, юридического, этического и личностного значения [13–16].

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Васильев Владимир Юрьевич
E-mail: vasilyev-moscow@ziza.ru

По мнению Г. А. Робертса (1998) [17], существует общая обеспокоенность относительно того, что сама по себе специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Согласно данным Британской медицинской ассоциации (1992), это проявляется как разочарование в профессии и деморализация, развитие нарастающей склонности к размышлению о том, чтобы оставить эту профессию.

Такие тенденции приписывались пролонгированному рабочему стрессу, неудовлетворенности работой, которые, в свою очередь, могут быть главной причиной ухудшения качества медицинской помощи [13, 14, 18–20].

Психическое состояние самого врача является одним из самых важнейших условий его труда и оказывает значительное влияние на пациента [13, 14, 16, 18–21].

К специфике работы анестезиолога относятся: необходимость быстрого принятия ответственного решения, выполнение агрессивных манипуляций, осложнения которых могут оказаться фатальными, сохранение спокойствия в трудных клинических ситуациях, напряженность суточного графика, работа в условиях неопределенности и перегрузки темпом, исключительная тяжесть пациентов, недостаточность диагностических и лечебных ресурсов наряду с неустойчивостью быта [14–15].

В реальных условиях личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств — специфики профессии, ответственности за жизнь и здоровье других людей; психическому давлению со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации, повышенные требования к профессиональной компетентности врача, характера организации труда [13, 22]. Это приводит к дезадаптации физического и психического здоровья, повышению социальной напряженности и, как следствие, снижению профессионального здоровья [15]. Экстремальные условия работы предъявляют повышенные требования к профессиональному здоровью врачей анестезиологов-реаниматологов, особенно к психологической составляющей этого здоровья: оптимальному уровню тревоги и депрессии, высокой стрессоустойчивости, достаточной социальной адаптации, способности противостоять профессиональному выгоранию [15].

78,2, 69,4, 57,1% анестезиологов-реаниматологов (соответственно, из С-Петербурга, Рязани, Архангельска) оценили организацию производственного процесса в борьбе со стрессом на работе как неудовлетворительную [6].

По роду деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды: загрязнение воздуха вредными химическими веществами, биологическими агентами и лекарственными веществами, различные виды ионизирующего излучения, шум, вибрация, канцерогены, высокое нервно-психическое напряжение, вынужденное положение тела во время работы, перенапряжение анализаторных систем [2, 23].

Отсутствие вербального контакта между пациентом и врачом (кома, шок и т. д.), работа в атмосфере негативных эмоций обычно способствует возникновению выгорания и сочетается с минимизацией успеха в эффективности их решения. Сюда же относятся и работа с хроническими больными или людьми, страдающими неизлечимыми заболеваниями (СПИД, рак); с пациентами старческого возраста, требующими интенсивного ухода; с людьми, употребляющими психоактивные вещества; угроза заражения медработников инфекционными заболеваниями; контакты с новыми факторами социального риска, такими как преступность, наркомания, бездомность [2, 15, 22, 24].

Специфика контингента больных, поступающих по экстренным показаниям, до 60–70% наркоманы, бомжи и другие асоциальные элементы. Крайняя тяжесть состояния таких пациентов позволяет врачам не скрывать своего негативного отношения к таким лицам, отказываться от индивидуального подхода к лечению [25].

Социально-психологические факторы производственного процесса врачей анестезиологов-реаниматологов способствуют развитию состояния хронического стресса, что является

ся предпосылкой возникновения синдрома профессиональной дезадаптации [6].

Причинами профессионального выгорания выступают постоянные противоречия в стратегии и тактике профессиональной деятельности работника, а также: чрезмерные, объемные и, порой, невыполнимые требования к работнику со стороны руководителей; постоянная «ноша» ответственности — материальной, профессиональной, юридической; отсутствие объективных критериев для оценки результатов труда; неэффективная система мотивирования и стимулирования персонала. Профессиональное выгорание может быть неосознанным, неправильно понятым и неадекватно оцененным [26].

Частота и выраженность синдрома профессиональной дезадаптации напрямую зависит от степени урбанизации. В С-Петербурге полностью не удовлетворены своей работой 30,2% анестезиологов; 22% — в Рязани и 18% анестезиологов Архангельска.

Попытались бы реализовать себя в другой профессии: в С-Петербурге — 65,4% анестезиологов, в Рязани — 51,8% и в Архангельске — 37,7% анестезиологов [6].

Одну из групп причин профессионально обусловленного стресса составили ситуации, связанные с ощущением несправедливости, встречающиеся в отделениях анестезиологии и реанимации различных городов России (от 4,3 до 7,2%), конфликтами с сослуживцами (от 1,8 до 2,9%), дискриминацией по полу, возрасту, национальности (от 1,7 до 2,1%) и сексуальными домогательствами (от 0,5 до 1,7%) [6].

В связи с развитием медицинской науки увеличивается сложность оперативных вмешательств у более тяжелого контингента пациентов с большим количеством сопутствующих заболеваний. Например, если полвека тому назад число пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, прооперированных под наркозом, не превышало 5–7,5%, то в последние годы их число составляет 46–60% [27].

Наращение интенсивности труда за три года (2006–2008) отметили 87% анестезиологов Санкт-Петербурга, 85% — из Рязани, 81% — из Архангельска. В среднем 96,9% врачей в числе факторов профессионального стресса поставили на 1-е место повышенную напряженность труда и сверхурочную работу, которые характеризовали как «слишком напряженная работа», «ненормированный труд», «чрезмерная производственная нагрузка», «слишком большая ответственность» и «слишком много изменений на работе» [6, 22].

Субъективные ощущения переутомления или несоответствия своих возможностей и резервов организма производственным нагрузкам отмечали от 59,4 до 65,2% анестезиологов-реаниматологов [6].

63% врачей анестезиологов-реаниматологов считают выбранную профессию престижной, но 85,2–91,7% не удовлетворены уровнем зарплаты и ее несоответствием выполняемой работе.

Поэтому 92,6% врачей работают сверх ставки, а 81,5% врачей вынуждены работать дополнительно в период отпусков [6, 26].

Врачи, испытывающие материально-бытовую неустроенность (около 50%), имеют достоверно более высокий уровень стресса, чем благополучные в материальном положении врачи [28–30].

Из-за зависимости анестезиологов от хирургов, синдром выгорания более выражен у анестезиологов (расценивается как вспомогательная специальность с более низким социальным статусом), частым отсутствием вербального контакта с пациентом (кома, шок), восприятие пациента не как личности, а как синдром, отсутствием оценки больными труда анестезиолога после его перевода в профильное отделение.

Стадия эмоционального истощения при стаже работы от 5 до 15 лет у анестезиологов наблюдалась в 2,54 раза больше, чем у хирургов с тем же стажем.

Стадия деперсонализации при стаже до 5 лет у анестезиологов — 5,0%, а у хирургов — 3,1% (в 1,6 раза чаще). При стаже свыше 5 лет — 13,3%, а у хирургов — 7,7% (в 1,7 раза больше) [6].

Большое значение в психологическом состоянии анестезиолога-реаниматолога имеют факторы информационного стресса: необходимость принятия решения в условиях дефицита времени и информации, монотония, риск возникновения нештатных ситуаций [25].

Регистрация критических инцидентов при проведении внутреннего аудита — (ошибка анестезиолога или поломка аппаратуры, которые могли бы привести к неблагоприятным последствиям) даже при отсутствии явных осложнений, показала, что критические инциденты возникали 850 раз во время 298-и общих анестезий, что составило 2,86 на 1 общую анестезию [31].

Наибольшее количество критических инцидентов встречалось при проведении тотальной внутривенной анестезии — (1,68), наименьшее — при анестезиологическом мониторинге и седации/седанальгезии (0,07 и 0,27, соответственно). При выполнении однополостных хирургических вмешательствах — 1,21, а при малоинвазивных — 0,11.

По данным М. И. Руденко (2004), от 60 до 90% осложнений при анестезии составляет «человеческий фактор», в 13% — разгерметизация дыхательного контура, незамеченная анестезиологом и при отсутствии мониторинга, в 11% — неисправность анестезиологического оборудования.

В. В. Лиханцев и соавт. (2008) считают, что «человеческий фактор» явился причиной возникновения потенциально опасной ситуации в 36% случаев в экстренной и в 46% — в плановой анестезиологии. Первым и основным фактором, влияющим на частоту возникновения критических инцидентов, следует признать опыт, знание и практические навыки анестезиолога. Причины: «ситуация встретилась впервые», «спешка, обусловленная нестандартной ситуацией», «незнание оборудования и приборов» — отмечены в экстренной ситуации в 12, 42 и 11% случаев, тогда как в плановой — в 4, 8 и 7% случаев, соответственно [16].

Ятрогенные (врачебные) осложнения анестезиолого-реанимационного профиля занимают одно из ведущих мест среди данной патологии в стационаре, уступая только хирургической ятрогении. А по удельному вкладу в танатогенез эти осложнения в отделении анестезиологии и реаниматологии (неадекватные или ошибочные медицинские воздействия) заметно опережают хирургические и инструментально-диагностические [32].

Современная анестезиология и реаниматология — это еще и высокотехнологический процесс. Высокие технологии несут в себе новые возможности диагностики и лечения заболеваний, однако они предъявляют врачу повышенные требования к овладению сложной наркозно-дыхательной аппаратурой, мониторингом. Интенсифицируются мыслительные процессы для переработки многочисленных данных о больном.

Так, по данным Silverstein J. H. (1993), появляется еще одна составляющая профессии анестезиолога-реаниматолога — технологическая, также способствующая выгоранию врача.

Признаки, характерные для различных стадий синдрома профессиональной дезадаптации, отмечены у 60,3% анестезиологов С-Петербурга, у 53,2% — анестезиологов Рязани, 46,4% — анестезиологов Архангельска [6].

В возрасте до 35 лет у анестезиологов-реаниматологов сложившийся синдром эмоционального выгорания выявлен в 44,4% случаях. В группе 36–55 лет у 50% врачей сформировалась 2-я фаза синдрома (резистенция) и они потенциально могут оказаться в фазе истощения (эмоциональной и личностной отстраненности, отсутствием способности к сосредоточению, наличием психосоматических и вегетативных расстройств). Это может негативно влиять на профессиональную деятельность анестезиолога-реаниматолога [26].

На вопрос об удовлетворенности своей профессиональной деятельностью положительно ответили только 23,6% врачей анестезиологов С-Петербурга, 34,7% — анестезиологов Рязани; 38,3% — Архангельска. Ответ «скорее удовлетворен, чем неудовлетворен» выбрали, соответственно, 36,4, 38,6, 40,3%. Повторно выбрали бы свою работу, если бы им предоставили

такой выбор, в С-Петербурге — только 34,6%; в Рязани — 38,2%; в Архангельске — 42,3% анестезиологов [6].

Психологические отклонения могут быть как причиной, так и следствием низкого уровня профессиональной деятельности. Недостаточная подготовка по специальности способствует формированию профессиональной неудовлетворенности, а последствия профессионального стресса выражаются тревогой, астенизацией, депрессией. Хорошая подготовка служит мощным фактором защиты от развития психологических отклонений [14, 33, 34].

По данным Blicbern W. N. (2003), эмоциональное истощение у врачей анестезиологов-реаниматологов встречается в 7 раз чаще, чем у других специалистов [27, 35, 36].

На разных стадиях развития синдрома могут находиться от 25% до 60% врачей [14, 37].

Эмоциональное выгорание, по К. Маслач, у анестезиологов наблюдается в 47,2–64,7% случаях, по В. В. Бойко — в 44,6–62,0% (сильная корреляция) [8, 25, 37, 38].

Синдром эмоционального выгорания наблюдается у 37,9–40% врачей в степени, достаточной для нарушения личного благополучия и профессиональной деятельности [26, 29, 39].

Более половины персонала отделения реаниматологии и интенсивной терапии находится в различных стадиях формирования эмоционального выгорания. В полностью сформированном виде он встречается примерно у 5% респондентов, хотя сниженная рабочая продуктивность характерна более чем для 90% врачей отделения реаниматологии и интенсивной терапии [25, 37, 40].

Среди базовых эмоциональных негативных состояний выделяются: тревога, депрессия, враждебность. К более сложным психическим состояниям, возникающим в трудных условиях жизнедеятельности человека, относят эмоциональную напряженность, агрессивность, фрустрацию, эмоциональный стресс [40, 41].

Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента.

По словам К. Маслач (1993) [8], выгорание можно приравнять к дистрессу в его крайнем проявлении и к 3-й стадии общего синдрома адаптации — стадии истощения, однако момент, когда стресс переходит в дистресс, ясно не определен.

У большинства врачей со временем появляются психосоматические нарушения, возрастает уровень тревожности, склонность к депрессиям и использованию медикаментозных средств и алкоголя для коррекции эмоционального напряжения и в итоге — к аддиктивному поведению [6].

До пенсии зарабатывает 37–41% анестезиологов и 19% реаниматологов [37].

Организм человека является нелинейной иерархической системой, все элементы которой находятся во взаимодействии [42, 43].

Анализ клинических изменений в организме, проведенный в соответствии с МКБ-10, показал, что при «перенапряжении» межсистемных взаимодействий наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, имеющих нозологические формы заболеваний в таксонах Z73, G90, F43, F45 [42, 43].

Таким образом, определение степени нарушения межсистемных взаимодействий в организме позволяет не только количественно оценивать адекватность его системного ответа на любое воздействие, но и прогнозировать возможность развития тех или иных психосоматических заболеваний [42].

Коморбидность психоэмоциональных расстройств и соматических заболеваний ведет к взаимному потенцированию патологических процессов [10, 44–46].

Могут развиваться физические и психологические проблемы типа язв и депрессий; попытки заботиться о себе, как правило, не приносят результата, а профессиональная помощь может не дать быстрого облегчения [41, 42].

Поскольку значительная часть расстройств проявляется не «психическими» симптомами, а привычными в бытовом понимании проблемами (нарушения сна, раздражительность,

утомляемость, снижение настроения, ощущения бесперспективности существования, хроническая усталость), это приводит к позднему обращению за помощью и хронизации заболевания [10, 47].

Психоэмоциональные нарушения приводят к снижению трудоспособности, концентрации внимания, скорости реакции и оперативности мышления, а это в свою очередь ведет к резкому росту риска возникновения негативного действия «человеческого фактора» [10, 11].

Установлено, что среди медицинских работников на фоне синдрома эмоционального выгорания со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень тревожных расстройств, депрессии, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем, наркотиками для коррекции эмоционального напряжения [17, 29, 30, 44, 48–50].

Анестезиологи-реаниматологи первенствуют среди врачей других специальностей по суицидальным попыткам и ранней летальности [14, 19–21, 50].

Особое значение приобретает депрессивный синдром в свете своего потенцирующего воздействия на имеющуюся соматическую патологию [10, 41, 45, 46].

У персонала формируется синдром «профессионального выгорания» — неудовлетворенность своим трудом, эмоциональное истощение и психологические отклонения [14, 35, 27, 36].

Люди, испытывающие чувство тревоги и страха, достоверно чаще предъявляли жалобы на вздутие живота, отрыжку, тошноту, боли в подреберье, чувство затрудненного прохождения пищи по пищеводу, сухость во рту, головокружение, утомляемость и сниженную работоспособность, плохой сон, головные боли, боли в области сердца и грудной клетки, тяжесть за грудиной, нехватку воздуха, раздражительность, боли в спине, ком в горле, потливость, приливы жара или озноба, боли в пояснице, боли в мышцах, слабость в различных частях тела, онемение.

Установлено, что не менее 76% людей с диагнозом «депрессия» жалуются на такие соматические симптомы, как головная боль, боль в животе, боли неясного характера без четкой локализации, боли в спине [10, 51, 52].

Распространенность психических расстройств (тревога, депрессия) является фактором, значительно повышающим риск развития ИБС, артериальной гипертензии, инфаркта, инсульта [10, 41].

Депрессию диагностируют у 20–50% пациентов, обращающихся к врачам общей практики. Правильный диагноз в таких случаях ставится лишь 0,5–4,5% больных [10, 11].

Литература

1. *Burish M.* Burnout-Syndrom. Theorie der inner Erschopfung. Berlin: 1994.
2. *Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С.* Синдром выгорания. М.: Юпитер; 2008. 269.
3. *Орел В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы. Психологический журнал 2001; 1 (22): 90–101.
4. *Ронгинская Т. И.* Синдром выгорания в социальных профессиях. Психологический журнал 2002; 3 (23): 85–95.
5. *Freudenberger H. J.* Staff burn-out. J. Soc. Issues 1974; 30: 159–165.
6. *Ловчев А. Ю., Корячкин В. А.* Синдром эмоционального выгорания как проявление профессионального стресса в трудовой деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов. Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 6–7.
7. *Maslach S.* Burnout. The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1982.
8. *Maslach C., Schaufeli W.* History and conceptual specificity of burnout. Recent development in theory and research. New-York: Hemisphere; 1993. 156.
9. *Левитов Н. Д.* О психических состояниях человека. М.; 1964.
10. *Федотов С. А., Дмитриев А. В., Тетюшкин М. А.* Влияние опосредованного вовлечения в чрезвычайные ситуации на психическое здоровье населения. Медицина катастроф 2010; 4 (72): 23–25.
11. *Murray C. J., Lopez A. D.* Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349 (9063): 1436–1442.
12. *Mulsant B. H., Ganguli M.* Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J. Clin. Psychiatry 1999; 60 (Suppl 20): 9–15.
13. *Гридчик И. Е.* Психосоциальный статус врача анестезиолога-реаниматолога. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 360.
14. *Мазурок В. А., Лебединский К. М., Решетова Т. В.* Врач анестезиолог-реаниматолог: проблема психолого-педагогического обеспечения профессиональной деятельности. Вестн. интенс. терапии 2006; 5: 22–25.
15. *Ловчев А. Ю., Корячкин В. А.* Проявления психологической дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 180–181.
16. *Лихванцев В. В., Большедворов Р. В., Куликов В. А.* Анализ причин возникновения критических инцидентов в экстренной и плановой анестезиологии. Тр. VI науч.-практ. конф. «Безопасность больного в анестезиологии-реаниматологии». М.; 2008. 42–43.
17. *Робертс Г. А.* Профилактика выгорания. Вопросы общей психиатрии. Вып. 1. 1998.
18. *Каплан Г. И., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия. М.: Медицина; 1994.
19. *Katz J. D.* Do anesthesiologists die at a younger age than other physicians? Age-adjusted death rates. Anesth. Analg. 2004; 4 (98): 1111–1113.

20. *Lutsky I., Hopwood M., Abram S. E. et al.* Psychoactive substance use among American anesthesiologists: a 30-year retrospective study. *Can. J. Anesth.* 1993; 40 (10): 915–921.
21. *Alexander B. H., Checkoway H., Nagahama S. I., Domino K. B.* Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93 (4): 922–930.
22. *Водотьянова Н. Е.* Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления. В кн.: Психология здоровья. Никифоров Г. С. (ред.). СПб.; 2003.
23. *Косарев В. В.* Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара; 1998.
24. *Schaufeli W. B.* The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J. Health Hum. Serv. Adm.* 1995; 18 (1): 11–30.
25. *Миронов П. И.* Распространенность и структура синдрома «профессионального выгорания» у врачей и медицинских сестер отделений интенсивной терапии. Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 7–8.
26. *Уткин С. И., Кычакова Ф. Д.* Синдром «эмоционального и профессионального выгорания» у персонала реанимационно-анестезиологических отделений. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 471–472.
27. *Федоровский Н. М., Григорьева О. М.* К вопросу о «синдроме профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. *Вестн. интенс. терапии* 2004; приложение к N 5 «Современные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии»: 65–66.
28. *Ларенцова Л. И.* Производственный стресс врача-стоматолога и возможность его коррекции при работе с тревожными пациентами. *Росс. стоматология* 2002; 3: 45–48.
29. *Ларенцова Л. И., Бардеништейн Л. М.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. М.: Медицинская книга; 2009. 142.
30. *Мазурок В. А.* Врач анестезиолог-реаниматолог: проблемы подготовки и сопровождения деятельности. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 181–184.
31. *Виноградов В. Л., Лихвицев В. В., Алексеев А. А.* Регулярный внутренний аудит и регистрация критических инцидентов как элементы поддержания безопасности анестезиологического обеспечения больных. *Анестезиология и реаниматология* 2004; 3: 64–67.
32. *Fasting S., Gissvold S. E.* Serious problems during anaesthesia — a five year review of 83844 anesthetics. *Can. J. Anaesth.* 2002; 49: 545–553.
33. *Kluger M. T., Townend K., Laidlaw T.* Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialists anaesthetists. *Anaesthesia* 2003; 58 (4): 339–345.
34. *Uskun E.* Burnout and job satisfaction amongst staff Turkish community health services. *Prim. Care Community Psychiatr.* 2005; 2 (10): 63–69.
35. *Баклаев А. В., Смирнов И. В., Мизиков В. М., Буянтян А. А.* Информационный стресс анестезиолога-реаниматолога. *Анестезиология и реаниматология* 2002; 2: 4–9.
36. *Nyssen S., Hansez I., Baele P. et al.* Occupational stress and burnout in anesthesia. *Br. J. Anaesth.* 2003; 90 (3): 333–337.
37. *Миронов П. И., Каширина Е. А., Крыкля А. С., Берестов А. Л.* Проблема «эмоционального выгорания» среднего медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии. *Клин. анестезиология и реаниматология* 2004; 4 (1): 14–18.
38. *Бойко В. В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер; 1999.
39. *Himie D. P., Jayaratne S., Thyness A.* Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Soc. Work Res. Abstr.* 1991; 27 (1): 22–27.
40. *Ситникова Е. С., Фаязов Р. Р., Миронов П. И. и соавт.* Распространенность и характеристика синдрома «профессионального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. Тр. XI съезда анестезиологов и реаниматологов. СПб.; 2008. 456–457.
41. *Львов А. Н.* Особенности психосоматического статуса у больных atopическим дерматитом и пути их комплексной коррекции: автореф. дис. ... к. м. н. М.; 2001. 27.
42. *Космодемьянский Л. В., Бобров А. Ф., Башир-Заде Т. С.* Методологический подход к количественной оценке межсистемных взаимодействий в организме лиц опасных профессий. *Медицина катастроф* 2010; 4: 52–53.
43. *Зилов В. Г., Судаков К. В., Эпштейн О. И.* Элементы информационной биологии и медицины. М.: МГУП; 2000. 248.
44. *Сидоров П. И.* Синдром выгорания. *Медицинская газета* № 43 от 08.06.2005. Интернет: <http://medgazeta-rusmed.serv.com./2005/43/article-1322.html>.
45. *Ветроградова О. П.* Депрессии в общемедицинской практике (ранняя диагностика, профилактика, лечение). *Журн. неврологии и психиатрии* 1997; 7: 22–26.
46. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л.* Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных. *Журн. неврологии и психиатрии* 1997; 7: 29–31.
47. *Strand J., Bahro M.* Depression of old age. *Schweiz. Med. Wochenschr. CHUV, Lausanne: Service Universitaire de Psychogeriatry.* 1999; 129 (33): 1162–1170.
48. *Heim E.* Job stressors and coping in health professions. *Psychosom.* 1991; 55 (2–4): 90–99.
49. *Guthrie E., Black D.* Psychiatric disorder, stress and burnout. *Adv. Psychiatr. Treat.* 1997; 3: 275–279.
50. *Колотилова Л. В.* Мультимедиа технологии в последипломном образовании анестезиологии и реаниматологии. 2-й Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии». Архангельск; 2007. 196–198.
51. *Кашеварава С. С.* Клиническая картина, личностные особенности, психологический статус и качество жизни больных с функциональной диспепсией: автореф. дис. ... к. м. н. М., 2011. 22.
52. *Corruble E., Guelfi J. D.* Pain complaints in depressed inpatients. *Psychopathology* 2000; 33 (6): 307–309.
53. *Назаров И. П.* Эмоциональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов Тр. Всеросс. съезда «Современные направления и пути развития анестезиологии-реаниматологии в Российской Федерации». М.; 2006. 10–11.
54. *Зильбер А. П.* Этика и закон в медицине критических состояний. *Этюды критической медицины.* т. 4. Петрозаводск; 1998. 560.
55. *Иванова Е. И., Иванов И. В., Сердакова К. Г.* Синдром эмоционального выгорания и стили педагогического общения у преподавателей в медицинском ВУЗе. *Вестник РАМН* 2011; 1: 39–41.

Поступила 22.02.11